



# PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná

CNPJ 76.282.680/0001-45

Rua Santa Efigênia, 680 Centro (44) 3232-8383 - CEP 86990-000

## NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 14485 / 2017 Ordinário Data: 22/12/2017 Página 1 / 1

Credor: 163 CONS.INTER.SAUDE SETENTRIO PARANAENSE.  
Endereço: AV. CIDADE DE LEIRIA, 432 - C.E.P. 87013280 - MARINGÁ - PR  
C.N.P.J.: 04.956.153/0001-68 Insc. Est.:

Ag

C/C

Orgão: 07 SECRETARIA MUN. DE SAÚDE  
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS  
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL  
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA  
Desdobramento: 99 99 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA  
Reduzido: 414  
F. de Recurso: 1510 TAXAS - EXERCÍCIO PODER DE POLICIA 01510

Tipo de Licitação: Dispensável

Nº Licitação.....: /

Data Licitação.:

Nº Contrato....:/

Nº Convênio:/

Dotação Inicial  
1.350.000,00

Saldo Anterior  
343.328,50

Valor  
39.115,60

Saldo Atual  
304.212,90

JUSTIFICATIVA: REFERENTE AO PROGRAMA LINHA SAUDE MENSAL E TRANSPORTE SANITARIO MICRORREGIONAL.

| ITEM | QTD | UN   | ESPECIFICAÇÃO                       | VLR. UNITÁRIO | VLR. TOTAL |
|------|-----|------|-------------------------------------|---------------|------------|
| 1    | 1   | unid | PROGRAMA LINHA SAÚDE MENSAL SESA    | 32.450,00     | 32.450,00  |
| 2    | 1   | unid | TRANSPORTE SANITÁRIO MICRORREGIONAL | 6.665,60      | 6.665,60   |

Total Retenções:

0,00

Total Liq. Empenho:

39.115,60

Empenhado por:

Paulo César Mori

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho.

Marialva, de de

ELTON JONES CAPARROZ  
Contador CRC/PR Nº 050753/O

VICTOR CELSO MARTINI  
Prefeito Municipal

BRUNO COSTA DE OLIVEIRA  
Sec. Mun. Finanças CRC-PR 067844/O-8

RECIBO

Recebi(emos) da tesouraria da PREFEITURA DE MARIALVA, a importância especificada acima em moeda corrente do país.

Marialva, de de

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

Credor: CONS.INTER.SAUDE SETENTRIO PARANAENSE.  
C.N.P.J.: 04.956.153/0001-68



21/12/2017 17:50:56

---

**Transferência entre contas diversas - mesma titularidade**

---

**Debitado**

Nome T P E PODER POLICIA  
Agência 2278-0  
Conta corrente 15732-5

**Creditado**

Nome P M M CONSIGNACAO GERAL  
Agência 2278-0  
Conta corrente 5347-3  
Valor 39.115,60  
Data Nesta data

Assinada por JB502980 VICTOR CELSO MARTINI  
J8891493 BRUNO COSTA DE OLIVEIRA

21/12/2017 17:48:42  
21/12/2017 17:50:56

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: J8891493 BRUNO COSTA DE OLIVEIRA.

---

---

21/12/2017 - BANCO DO BRASIL - 17:56:03  
227802278 0012

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: P M M CONSIGNACAO GERAL  
AGENCIA: 2278-0 CONTA: 5.347-3

=====

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

-----

10497901067030010004000000015586573800003245000

BENEFICIARIO:

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE

NOME FANTASIA:

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE

CNPJ: 04.956.153/0001-68

PAGADOR:

P M MARIALVA

CNPJ: 76.282.680/0001-45

-----

|               |         |
|---------------|---------|
| NR. DOCUMENTO | 122.102 |
|---------------|---------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 21/12/2017 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 21/12/2017 |
|-------------------|------------|

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 32.450,00 |
|--------------------|-----------|

|               |           |
|---------------|-----------|
| VALOR COBRADO | 32.450,00 |
|---------------|-----------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | A.095.6D5.610.1F0.07A |
|-----------------|-----------------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: J8891493 BRUNO COSTA DE OLIVEIRA.

Ofício Circular nº. 119/2017

Maringá, 15 de dezembro de 2017.

Prezado(a) Secretário(a) Municipal de Saúde,

Vimos encaminhar a Vossa Excelência o Boleto Bancário para pagamento do **PROGRAMA LINHA SAÚDE MENSAL SESA/CISAMUSEP**, relativo ao mês de **OUTUBRO E NOVEMBRO/2017**.

Lembramos que o valor da Linha Saúde por passageiro (ida e volta) é R\$116,00 (cento e dezesseis reais) para o exercício de 2017 de acordo com aprovação em reunião do Conselho Diretor do CISAMUSEP, Ata nº 88, realizada em 25 de julho de 2016.

Informamos ainda, que o boleto deverá ser quitado até a data do vencimento (impressa no boleto), em qualquer agência bancária ou casa lotérica.

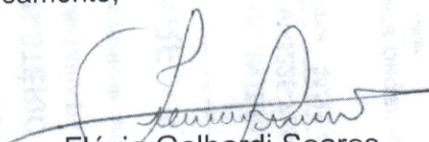
Na impossibilidade de realizar o pagamento através do boleto, informamos que os juros e as multas serão cobrados no mês seguinte ao do pagamento e solicitamos que seja feito depósito em conta corrente no Valor Principal do boleto na conta bancária abaixo:



Caixa Econômica Federal  
Agência: 1756-3  
Conta Corrente: 94-1  
Operação: 006

**FAVOR ENCAMINHAR  
URGENTE O BOLETO  
À CONTABILIDADE**

Atenciosamente,

  
Flávia Galbardi Soares  
DIRETORA FINANCEIRA

  
Carlos José da Costa  
Gerente de Transporte

Ilmo(a). Sr(a).

Secretário(a) Municipal de Saúde

Município Consorciado ao CISAMUSEP

  
José Orlando Benediti Villa  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto 5.637/17  
Maringá-PR

|                                                                                       |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE                                                                   |                                |
| <b>PROTOCOLO</b>                                                                      |                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENTRADA                                           | <input type="checkbox"/> SAÍDA |
| EM 18 / 12 / 17                                                                       |                                |
|  |                                |

**CAIXA****104-0****10497.90106 70300.100040 00000.015586 5 73800003245000**

|                                                                                                                                                                                         |                            |                            |                                     |                                                 |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| Beneficiário<br>CISAMUSEP CONSORCIO INTERMUN. 94-1                                                                                                                                      |                            | CPF/CNPJ<br>04956153000168 |                                     | Agência/Código do Beneficiário<br>1756/790107-0 |                 |
| Endereço do Beneficiário<br>AV CIDADE DE LEIRIA 432 ZONA 04 MARINGA                                                                                                                     |                            |                            |                                     | UF<br>PR                                        | CEP<br>87013280 |
| Data do documento<br>15/12/2017                                                                                                                                                         | Nr. do documento<br>112017 | Aceite<br>N                | Data do processamento<br>15/12/2017 | Nosso Número<br>14300000000000155-8             |                 |
| Instruções:<br>- LINHA SAÚDE-ÔNIBUS OUTUBRO E NOVEMBRO/2017<br>- QUANTIDADE: 294/01<br>- APÓS O VENCIMENTO O MUNICÍPIO SERÁ SUSPENSO DOS SERVIÇOS EM 22/12/2017.                        |                            |                            |                                     |                                                 |                 |
| Pagador: P M MARIALVA<br>RUA SANTA EFIGENIA, No 680 - CENTRO MARIALVA /PR Cep: 86990000                                                                                                 |                            |                            |                                     | CPF/CNPJ: 76282680000145                        |                 |
| Carteira<br>RG                                                                                                                                                                          | Espécie<br>R\$             | Vencimento<br>21/12/2017   | Valor do Documento<br>32.450,00     | Valor Cobrado                                   |                 |
| SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)<br>Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492<br>Ouvidoria: 0800 725 7474<br>caixa.gov.br |                            |                            |                                     | Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador       |                 |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

**CAIXA****104-0****10497.90106 70300.100040 00000.015586 5 73800003245000**

|                                                                                                                                                                                               |                        |                      |             |                          |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|-------------|--------------------------|----------------------------------------------|
| Local de pagamento<br><b>PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE</b>                                                                                                         |                        |                      |             |                          | Vencimento<br>21/12/2017                     |
| Beneficiário: CISAMUSEP CONSORCIO INTERMUN. 94-1 - 04956153000168                                                                                                                             |                        |                      |             |                          | Agência/Código Beneficiário<br>1756/790107-0 |
| AV CIDADE DE LEIRIA 432 ZONA 04 MARINGA - PR - 87013280                                                                                                                                       |                        |                      |             |                          | Nosso número<br>14300000000000155-8          |
| Data do documento<br>15/12/2017                                                                                                                                                               | Nº documento<br>112017 | Espécie doc.<br>DM   | Aceite<br>N | Dt proces.<br>15/12/2017 | (=) Valor documento<br>32.450,00             |
| Uso do banco                                                                                                                                                                                  | Carteira<br>RG         | Espécie Moeda<br>R\$ | Qtde Moeda  | Valor                    |                                              |
| Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)<br><br>Após o vencimento:<br>- Cobrar juros de R\$ 3,25 ao dia<br>- Multa de R\$ 3.245,00<br>- NÃO RECEBER APÓS 30 DIAS DO VENCIMENTO. |                        |                      |             |                          | (-) Desconto / Abatimentos                   |
|                                                                                                                                                                                               |                        |                      |             |                          | (-) Outras deduções                          |
|                                                                                                                                                                                               |                        |                      |             |                          | (+) Mora / Multa                             |
|                                                                                                                                                                                               |                        |                      |             |                          | (+) Outros acréscimos                        |
|                                                                                                                                                                                               |                        |                      |             |                          | (=) Valor Cobrado                            |
| Pagador: P M MARIALVA<br>Endereço: RUA SANTA EFIGENIA, No 680<br>CENTRO - MARIALVA /PR Cep: 86990000                                                                                          |                        |                      |             |                          | CPF/CNPJ: 76282680000145                     |

José Orlando Benedetti Villa  
 Secretário Municipal de Saúde  
 Decreto 5.637/17  
 Marialva-PR

Sacador/Avalista:



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



## Emissão de comprovantes

21/12/2017 - BANCO DO BRASIL - 17:56:02  
227802278 0004

### COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: P M M CONSIGNACAO GERAL

AGENCIA: 2278-0 CONTA: 5.347-3

=====

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

-----

10497901067030010004000000013888773800000666560

BENEFICIARIO:

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE

NOME FANTASIA:

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE

CNPJ: 04.956.153/0001-68

PAGADOR:

P M MARIALVA

CNPJ: 76.282.680/0001-45

-----

|               |         |
|---------------|---------|
| NR. DOCUMENTO | 122.101 |
|---------------|---------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 21/12/2017 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 21/12/2017 |
|-------------------|------------|

|                    |          |
|--------------------|----------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 6.665,60 |
|--------------------|----------|

|               |          |
|---------------|----------|
| VALOR COBRADO | 6.665,60 |
|---------------|----------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 9.6D2.36F.93F.807.0B5 |
|-----------------|-----------------------|

Ofício Circular nº. 121/2017

Maringá, 15 de dezembro de 2017.

Prezado(a) Secretário(a) Municipal de Saúde,

Vimos encaminhar a Vossa Excelência o Boleto Bancário para pagamento do **TRANSPORTE SANITÁRIO MICRORREGIONAL**, relativo ao mês de **OUTUBRO/2017**.

Lembramos que o valor do Transporte Sanitário Microrregional é composto pela cobrança de R\$ 1,60 (hum real e sessenta centavos) por KM rodado, acrescido do valor fixo de R\$1.200,00 (hum mil e duzentos reais) mensais, de acordo com aprovação em reunião do Conselho Diretor do CISAMUSEP, Ata nº 88, realizada em 25 de julho de 2016.

Informamos ainda, que os mesmos deverão ser quitados até a data do vencimento (impressa em cada um dos boletos), em qualquer agência bancária ou casa lotérica.

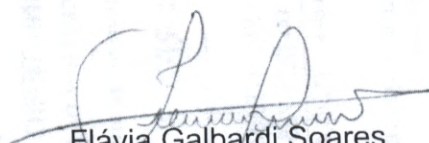
Na impossibilidade de realizar o pagamento através do boleto, informamos que os juros e as multas serão cobrados no mês seguinte ao do pagamento e solicitamos que seja feito depósito em conta corrente no Valor Principal do boleto na conta bancária abaixo:



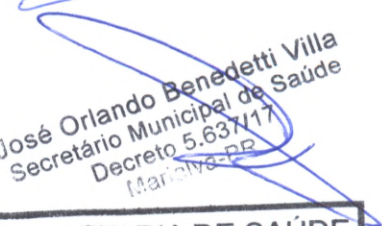
Caixa Econômica Federal  
Agência: 1756-3  
Conta Corrente: 94-1  
Operação: 006

**FAVOR ENCAMINHAR  
URGENTE O BOLETO  
À CONTABILIDADE**

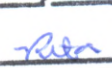
Atenciosamente,

  
Flávia Galbardi Soares  
DIRETORA FINANCEIRA

  
Carlos José da Costa  
Gerente de Transporte

  
José Orlando Benedetti Villa  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto 5.637/17  
Maringá-PR

Ilmo(a). Sr(a).  
Secretário(a) Municipal de Saúde  
Município Consorciado ao CISAMUSEP

|                                                                                       |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE                                                                   |                                |
| <b>PROTOCOLO</b>                                                                      |                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENTRADA                                           | <input type="checkbox"/> SAÍDA |
| EM 18 / 12 / 17                                                                       |                                |
|  |                                |

**CAIXA****104-0****10497.90106 70300.100040 00000.013888 7 73800000666560**

|                                                                                                                                                                                         |                            |                          |                                     |                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| Beneficiário<br>CISAMUSEP CONSORCIO INTERMUN. 94-1                                                                                                                                      |                            |                          | CPF/CNPJ<br>04956153000168          | Agência/Código do Beneficiário<br>1756/790107-0 |  |
| Endereço do Beneficiário<br>AV CIDADE DE LEIRIA 432 ZONA 04 MARINGA                                                                                                                     |                            |                          | UF<br>PR                            | CEP<br>87013280                                 |  |
| Data do documento<br>15/12/2017                                                                                                                                                         | Nr. do documento<br>102017 | Aceite<br>N              | Data do processamento<br>15/12/2017 | Nosso Número<br>14300000000000138-8             |  |
| Instruções:<br>- TRANSP/SANITARIO MICROREGIONAL OUTUBRO/2017<br>- APÓS O VENCIMENTO O MUNICÍPIO SERÁ SUSPENSO DOS SERVIÇOS EM 22/12/2017.                                               |                            |                          |                                     |                                                 |  |
| Pagador: P M MARIALVA<br>RUA SANTA EFIGENIA, No 680 - CENTRO MARIALVA /PR Cep: 86990000                                                                                                 |                            |                          | CPF/CNPJ: 76282680000145            |                                                 |  |
| Carteira<br>RG                                                                                                                                                                          | Espécie<br>R\$             | Vencimento<br>21/12/2017 | Valor do Documento<br>6.665,60      | Valor Cobrado                                   |  |
| SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)<br>Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492<br>Ouvidoria: 0800 725 7474<br>caixa.gov.br |                            |                          |                                     | Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador       |  |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

**CAIXA****104-0****10497.90106 70300.100040 00000.013888 7 73800000666560**

|                                                                                                                                                                                             |                        |                      |             |                          |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|-------------|--------------------------|----------------------------------------------|
| Local de pagamento<br><b>PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE</b>                                                                                                       |                        |                      |             |                          | Vencimento<br><b>21/12/2017</b>              |
| Beneficiário: CISAMUSEP CONSORCIO INTERMUN. 94-1 - 04956153000168<br>AV CIDADE DE LEIRIA 432 ZONA 04 MARINGA - PR - 87013280                                                                |                        |                      |             |                          | Agência/Código Beneficiário<br>1756/790107-0 |
| Data do documento<br>15/12/2017                                                                                                                                                             | Nº documento<br>102017 | Espécie doc.<br>DM   | Aceite<br>N | Dt proces.<br>15/12/2017 | Nosso número<br>14300000000000138-8          |
| Uso do banco                                                                                                                                                                                | Carteira<br>RG         | Espécie Moeda<br>R\$ | Qtde Moeda  | Valor                    | (=) Valor documento<br>6.665,60              |
| Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)<br><br>Após o vencimento:<br>- Cobrar juros de R\$ 0,67 ao dia<br>- Multa de R\$ 666,56<br>- NÃO RECEBER APÓS 30 DIAS DO VENCIMENTO. |                        |                      |             |                          | (-) Desconto / Abatimentos                   |
|                                                                                                                                                                                             |                        |                      |             |                          | (-) Outras deduções                          |
|                                                                                                                                                                                             |                        |                      |             |                          | (+) Mora / Multa                             |
|                                                                                                                                                                                             |                        |                      |             |                          | (+) Outros acréscimos                        |
|                                                                                                                                                                                             |                        |                      |             |                          | (=) Valor Cobrado                            |

Pagador: P M MARIALVA  
Endereço: RUA SANTA EFIGENIA, No 680  
CENTRO - MARIALVA /PR Cep: 86990000

CPF/CNPJ: 76282680000145

Sacador/Avalista:

 UF: CEP:  
CPF/CNPJ:

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



José Orlando Benedetti Villa  
 Secretário Municipal de Saúde  
 Decreto 5.637/17  
 Marialva-PR